

LH /FSH mai mare de 1, nivel mărit de androgeni, iar ultrasonografic Meco mai mic 7 și marirea ovarelor din contul stratului medular.

3. Rezultatele studiului au relevat nivel mărit de E₁ și androgeni la pacientele cu SM, care mențin cercul vicios al apariției SM și conduc la dezvoltarea obezității, DZ tip 2, HTA, dislipidemii și la dereglări a funcției menstruale și reproductive.

Bibliografie

1. Abdulbari Bener, Ph.D., F.R.S.S., F.F.P.H., Mahmoud Zirie, M.D., F.A.C.E., Manal Musallam, M.P.H., Yosef S. Khader, B.D.S., M.Sc., M.S.P.H., Sc.D, and Abdulla O.A.A. Al-Hamaq, M.P.H., Ph.D. Prevalence of Metabolic Syndrome According to Adult Treatment Panel III and International Diabetes Federation Criteria: A Population – Based Study. *Metab Syndr Relat Disord* 2009; Vol.7, Nr.3, p.222.

2. Bayomi RA, Al-Yahyaee SA, Albarwani SA, Rizvi SG, Al-Hadabi S, Al-Ubaidi FF, Al-Hinai AT, Al-Kindi MN, Adnan HT, Al-Barwany HT, Commuzie AG, Cai G, Lopez-Al-Varenga JC, Hassan MO. Heritability of determinants of the metabolic syndrome among healthy Arabs of the Oman family study. *Obesity* 2007;15:551-556.

3. Harzallah F, Alberti H, Ben Khalifa F. The meta-

bolic syndrome in an Arab population: a first look at the new International Diabetes Federation criteria. *Diabet Med* 2006;23;441-444.

4. Al-Lawati JA, HQ Al Hinai, AJ Mohammed, P Jusilahti. Prevalence of the metabolic syndrome among Omani adults *Diabetes Care* 2003;26;1781-1785.

5. Curocichin G.. Complexul dereglărilor metabolice la pacienții hipertensivi: caracteristica clinico-genetică. Autoreferat al tezei de doctor habilitat în medicină. Chișinău, 2009.

6. Подзолкова Н М, Подзолков В И, Глазкова О Л, Топольская И В. Метаболический синдром у женщин: две грани единой проблемы. *Акушерство и гинекология*, 2003, N 6, 28-33.

7. Серов В.Н. Метаболический синдром: гинекологические проблемы. *Акушерство и гинекология*, 2006, приложение, 9-10.

8. Flier JS. Obesity wars: molecular progress confronts an expanding epidemic. *Cell* 2004;116:337-350.

9. Wajchenberg BL. subcutaneous and visceral adipose tissue: their relation to metabolic syndrome. *Endocrine Reviews* 2000;21:697-738.

10. Edward E. Wallach, M. D. The role of adiponectin in reproduction: from polycystic ovary syndrome to assisted reproduction. *Ferti Steril* 2010;94:6:1949-1957.

© Angela Marian-Pavlenco, Ecaterina Jdanov, I. Opalco

Angela Marian-Pavlenco, Ecaterina Jdanov, I. Opalco
**NAȘTEREA PREMATURĂ ȘI FACTORII DE RISC CE INFLUENȚEAZĂ
ASUPRA MORTALITĂȚII PERINATALE**

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
IMSP Institutul Mamei și Copilului*

SUMMARY

THE PRETERM BIRTH AND THE INFLUENCE FACTORS OF PERINATAL MORTALITY.

Key words: the perinatal mortality, the matrix BABIES.

Introduction. *In the determinism of perinatal mortality are introduced a lot of factors which influence directly or not and frequently in association. Only thanks to the cognition and evidence of those factors it is possible to appreciate the existence of the risk of perinatal mortality before and after 37 weeks of gestation.*

Objective of the study. *The determination of influence factors of perinatal death before and after the 37 weeks of gestation.*

Materials and methods: *A retrospective study case-control with 79 cases of perinatal deaths which were divided in two lots: the cases of death before 37 weeks and cases of death after 37 weeks. The methods of analysis: the matrix BABIES. Statistics: calculation of incidence, the approximate value, the significance of the p value, relative risk (OR), the confidential interval (CI).*

Results. *The perinatal mortality in preterm births - 7,0%, the perinatal mortality in term births – 2,3%. The risk factors in perinatal death before 37 weeks and after 37 weeks: age OR – 0,86 (95 CI 0,28-2,64), p>0,05, primiparity*

OR – 0,42 (95 CI 0,12-1,41), $p > 0,05$, the intellectual occupation OR – 2,76 (95 CI 0,93-8,18), $p > 0,05$, the manual labor OR – 1,58 (95 CI 0,23-10,7), $p > 0,05$, the infection of urinary tract OR – 1,26 (95 CI 0,45-3,50), $p > 0,05$, the gestational anaemia OR – 2,70 (95 CI 0,94-7,78), $p > 0,05$, the cesarean section OR – 0,22 (95 CI 0,02-2,02), $p > 0,05$.

Conclusions: (1) The perinatal mortality rate in preterm birth is the 3 times higher than in term birth, but there does not exist significant difference between risk factors in perinatal death before and after 37 weeks of gestation. (2) There is a necessity to continue the study on an extensive group for making an ample conclusion.

РЕЗЮМЕ

ФАКТОРЫ РИСКА ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВНИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Основные понятия: перинатальная смертность, матрица BABIES.

Актуальность. В определении перинатальной смертности играют роль различные факторы, которые влияют на данный индекс прямо или косвенно, а в большинстве случаев действуют совместно. Для оценки риска перинатальной смертности до и после 37 недель беременности, необходимо изучить и выделить данные факторы влияния.

Цель работы. Определение факторов риска перинатальной смертности до и после 37 недель беременности.

Материал и методы исследования. Было проведено ретроспективное исследование случай-контроль, которое включило 79 случаев перинатальной смертности, которые были разделены на 2 группы: случаи смертности до 37 недель и случаи смертности после 37 недель беременности. Метод исследования: матрица BABIES. Статистика: расчет частоты случаев, средних значений, p -значения, отношения шансов (OR), доверительный интервал (CI).

Результаты. Перинатальная смертность при преждевременных родах составила 7,0%, перинатальная смертность при доношенной беременности и родах составила – 2,3%. Факторы риска перинатальной смертности до 37 и после 37 недель беременности: возраст OR – 0,86 (95 CI 0,28-2,64), $p > 0,05$, первородящие женщины OR – 0,42 (95 CI 0,12-1,41), $p > 0,05$, интеллектуальный труд OR – 2,76 (95 CI 0,93-8,18), $p > 0,05$, физический труд OR – 1,58 (95 CI 0,23-10,7), инфекция мочевыводящих путей OR – 1,26 (95 CI 0,45-3,50), $p > 0,05$, анемия у беременных OR – 2,70 (95 CI 0,94-7,78), $p > 0,05$, кесарево сечение OR – 0,22 (95 CI 0,02-2,02), $p > 0,05$.

Выводы. (1) Перинатальная смертность при преждевременных родах в 3 раза больше, чем при родоразрешении в срок. Несмотря на этот факт, не было выявлено значительной разницы в факторах риска, влияющих на перинатальную смертность до или после 37 недель беременности. (2) Для получения более точных результатов необходимо в дальнейшем проводить исследование на большем количестве элементов выборки.

Actualitatea. Anual, în lume se nasc aproximativ 15 milioane de copii prematuri, dintre care un milion nu supraviețuiesc. În structura mortalității copiilor problema prematurității în Republica Moldova este determinată în mare parte de factorul economic precar, ce nu permite îngrijirea deplină a copiilor născuți înainte de termen.

Mortalitatea perinatală (MP) include toate cazurile de deces fetal și al nou-născutului în perioada de la 22 săptămâni de sarcină până la 7 zile după naștere, și se calculează acest indicator la 1000 de nou-născuți.

Mortalitatea perinatală reprezintă un indicator statistic, care include toate cazurile de deces fetal sau al nou-născutului în perioada cuprinsă între 22 săptămâni de sarcină și 7 zile după naștere. Se calculează acest indice la 1000 de nou-născuți. Conform protocoalelor mondiale de neonatologie, mortalitatea perinatală se subdivizează în:

-antenatală – 22 săptămâni de sarcină până la naștere;

-intranatală – în timpul nașterii;

-neonatală precoce – până la 7 zile după naștere.

Mortalitatea ante- și intranatală sunt unite sub denumirea de mortinatalitatea.

Nivelul și structura mortalității perinatale sunt determinanții principali de sănătate a nou-născuților, caracterizând nivelul de intervenție al obstetricienilor și al neonatologilor. După datele Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), rata mortalității perinatale este foarte variabilă în diferite țări ale lumii și constituie 20-50 la 1000 de nașteri [22]. Pentru fiecare perioadă aparte aceste date oscilează între 2-9%.

Nivelul mortalității antenatale în lume constituie 5-7%, intranatale – 7,5-8,6 % și neonatale precoce – 2,5-3,2 % [8,9,13].

Conform datelor OMS nivelul mortalității perinatale în Republica Moldova constituie 13 pe 1000 de nou-născuți [22]. Un studiu realizat de Save the Children International și Organizația Mondială a Sănătății la nivel mondial indică următoarele rezultate: 90% dintre copiii cu prematuritate extremă, născuți în țările cu venituri mici, mor în primele zile de viață, și doar 10% decedază în țările înalt dezvoltate [3, 10, 11, 15].

În Republica Moldova, potrivit datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în 2013, mortalitatea neonatală precoce la 1000 nou-născuți vii a constituit aproximativ 1%. Conform datelor din literatură de

specialitate – supraviețuirea, mortalitatea și morbiditatea acestui contingent de prematuri sunt în mare măsură determinate de modul de naștere: operație cezariană sau nașterea pe cale naturală [1, 3, 5, 13, 16].

Datele statistice arată că mortalitatea perinatală în nașterea prematură se atestă de 33 ori mai frecvent, decât mortalitatea perinatală în nașterea la termen. Prematuritatea reprezintă un risc înalt de mortinatalitate și mortalitate neonatală precoce. Cu toate acestea, specialiștii din Franța demonstrează că, în ultimii zece ani, incidența mortalității perinatale în nașterea prematură are tendință de scădere datorită perfecționării metodelor de îngrijire în sarcină și în naștere. Totodată, cu cât este mai mică mortalitatea perinatală, cu atât este mai mare incidența invalidității și morbidității printre acești copii. Nașterea prematură este o frecventă cauză de deces, ocupând al doilea loc (după pneumonie) în structura mortalității copiilor sub 5 ani.

În baza materialelor științifice, M.A.Petrov-Maslakov opinează că: “prematurii reprezintă contingentul principal printre feții și nou-născuții decedați. Ei constituie 50-68% dintre cei care au murit în perioada antenatală și mai mult de 40% în perioada intranatală” [28]. Mortalitatea perinatală în nașterea prematură și la termen este actuală și în Republica Moldova.

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), nașterea prematură este definită ca nașterea înainte de 37 săptămâni de gestație. S-a stabilit că în Europa nașterile premature constituie 6,2% din toate nașterile. Incidența nașterilor premature în Republica Moldova este în medie 8-10% din toate nașterile, deci reprezintă o problemă destul de importantă. Există un mod special de calculare a indicelui mortalității în nașterea prematură, care indică numărul prematurilor decedați la o mie de copii născuți prematuri vii. Riscul

de mortalitate prematură este înalt în țările moderat și slab dezvoltate. Studii efectuate în America de Sud, Africa și Asia arată că mortalitatea la prematuri este de 6,8 ori mai mare în perioada neonatală, în comparație cu cei născuți la termen (RR 6,82, 95% CI 3.56-13.07) [3, 4, 12, 18]. Prematurii născuți la sau înainte de 25 săptămâni de gestație au cea mai înaltă incidență de mortalitate, de circa 50% [19, 23, 25].

Mortalitatea perinatală a copiilor prematuri și a celor născuți la termen reprezintă o problemă importantă pentru toată lumea, de aceea este necesar de evidențiat cauzele și soluțiile pentru scăderea numărului decedaților.

Cu toate progresele înregistrate în conduita prematurității, nivelul decesului copiilor născuți înainte de termen rămâne a fi înalt atât în Republica Moldova, cât și în întreaga lume.

O mare importanță prezintă studierea incidenței factorilor de risc și a structurii mortalității perinatale în nașterea prematură și la termen. Analiza diferitor factori ce influențează MP în nașterea prematură este deosebit de actuală în Republica Moldova.

Pornind de la datele și rezultatele a mai multor studii, scopul lucrării de față este determinarea factorilor ce influențează mortalitatea perinatală în nașterea prematură și la termen.

Material și metode. Analiza datelor din studiul efectuat de noi s-a bazat pe 73 fișe medicale ale gravidelor, la care s-au înregistrat decese perinatale înainte și după 37 săptămâni de gestație în anul 2013 în SCM nr.1 din Chișinău. Cazurile de deces perinatal (n=79) au fost divizate în două loturi: copii prematuri și copii la termen decedați în perioada perinatală. Ambele loturi au fost repartizate în 2 subploturi în funcție de perioada perinatală.

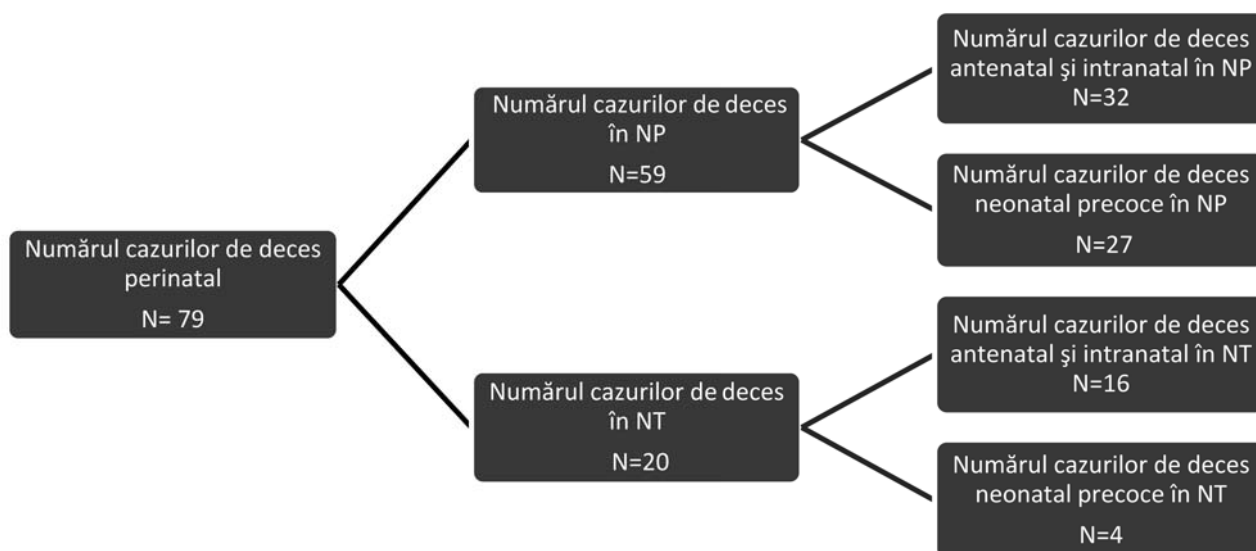


Fig. 1. Repartizarea cazurilor de deces în loturile de studiu

Pentru administrarea bazei de date am utilizat Microsoft Excel 2010.

Analiza rezultatelor obținute s-a efectuat prin: calcularea indicatorilor de frecvență, a valorilor medii și a devierii valorilor medii aritmetice. Veridicitatea rezultatelor a fost obținută prin calcularea pragului de semnificație „p”, cu ajutorul calculatorului epi-info. Riscul relativ estimat (OR) și intervalul confidențial (CI) au fost calculate în baza „Tabelului de contingență 2x2”.

Mortalitatea perinatală indică: numărul copiilor decedați în perioada antenatală și intranatală plus numărul copiilor decedați în perioada neonatală precoce

* 1000/ numărul copiilor născuți vii plus numărul copiilor născuți morți.

Rezultate și discuții. În Spitalul Clinic Municipal nr.1 din Chișinău pe parcursul anului 2013 s-au născut în total 8463 copii, dintre care 94,9% erau la termen și 5,1% prematuri. Mortalitatea perinatală în această instituție a constituit 9,3%. Analiza cazurilor de deces perinatal în nașterile premature și la termen relevă că mortalitatea perinatală în nașterea prematură (MP în NP) este semnificativ mai înaltă, constituind 7,0%, comparativ cu mortalitatea perinatală în nașterea la termen (MP în NT) – 2,3%, (tab. 1).

Tabelul 1

Incidența copiilor născuți la termen și prematur și RMP

Caracteristica	Numărul total de nou-născuți vii N=8415		Numărul cazurilor de deces perinatal N=79		RMP la 1000 de nou-născuți vii
	nr.	%	nr.	%	
<37 săptămâni	374	4,4	59	74,7	7,0
>37 săptămâni	8041	95,6	20	25,3	2,3

Astfel, aproape o treime din cazurile de mortalitate perinatală constituie prematurii (fig. 2).

Pentru monitorizarea cauzelor de mortalitate perinatală și pentru determinarea nivelului de supraveghere și îngrijire al gravidelor și al nou-născuților am folosit matrița perinatală BABIES. Cazurile de deces incluse în această matriță au fost repartizate bidimensional în dependență de greutatea la naștere. Acest tip de repartizare permite separarea cauzelor de mortalitate antenatală, intranatală și neonatală precoce (tab. 2).

Matrița perinatală BABIES – sistem de monitorizare a cauzelor mortalității perinatale: litera engleză ”B” (birthweight) indică greutatea la naștere; ”A” (age at death) – vârsta la momentul decesului; a doua literă ”B” (boxes) – celule; ”I” (interventions) – intervenții; ”E” (evaluation) – aprecierea și ”S” (system) – sistemul.

Din datele introduse în tabelul BABIES pot fi calculați indicatorii - rata proporțională și rata specifică

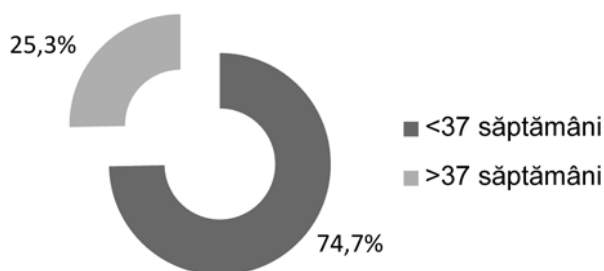


Fig. 2. Incidența cazurilor de deces înainte și după 37 săptămâni de gestație

de mortalitate perinatală atât pentru datele din fiecare celulă, cât și indicii totali pe rânduri și pe coloane. Rata proporțională de deces perinatal arată corectitudinea alegerii intervenției, iar cea specifică indică corectitudinea aplicării intervențiilor selectate pentru reducerea mortalității perinatale și arată numărul nou-născuților

Tabelul 2

Matrița BABIES

Greutatea	Perioada de deces			Nou-născuți supraviețuitori (N)	Total (N)
	Antenatală (N)	Intranatală (N)	Neonatală precoce (N)		
500 – 999	14	0	18	31	45
1000 – 1499	6	0	4	39	45
1500 – 1999	4	0	3	86	90
2000 – 2499	8	0	2	257	265
2500 – 2999	7	0	1	1222	1229
3000 – 3499	6	0	1	3318	3324
3500 și >	3	0	2	3462	3465
Total	48 – dintre care 32 prematuri	0	31 – dintre care 27 prematuri	8415	8463

supraviețuitori în fiecare categorie de greutate. Totodată, în afară de indicatorii calculați tradițional, matrița grupează indicatorii în următoarele pachete de intervenții: „Sănătatea maternă”, „Îngrijirile în asistența antenatală”, „Îngrijirile în timpul nașterii” și „Îngrijirile oferite nou-născuților până la externare”. Datele din matrița perinatală BABIES au fost grupate în pachete de intervenții, cum se arată în figura 3. Culoarea albastră indică sănătatea femeii înainte de sarcină. Culoarea orange indică managementul în timpul sarcinii. Culoarea roșie reprezintă managementul în timpul travaliului și culoarea verde semnifică supravegherea nou-născuților în primele 6 zile de viață extrauterină. Matrița BABIES se bazează pe procesul de monitoring și supraveghere perinatală în Republica Moldova. Procesul de colectare a datelor, gruparea lor, analiza, calculul mortalității perinatale (MP) și mortalității neonatale precoce (MNP) reflectă rezultatul intervențiilor, precum și accesul la servicii, echipamente și informații despre procesul de îngrijire. Analiza datelor obținute din studii recente pentru Republica Moldova au arătat că incidența mortalității perinatale, inclusiv a mortinatalității și a mortalității neonatale precoce, s-a redus pe parcursul ultimilor 12 ani [17, 29].

Conform datelor din figura 3, o cotă de 5% din decesele perinatale sunt influențate de starea gravidelor înainte de sarcină și 3,3% sunt condiționate de insuficiența îngrijirii gravidei de către medicii de familie și ginecologii-obstetricieni din policlinică. Nici un caz (0%) de mortalitate perinatală din anul 2013 nu a avut loc în timpul travaliului și aproximativ 1,0% din decesele perinatale au fost constatate în perioada neonatală precoce. Rezultatele obținute denotă că, starea de sănătate precară a femeilor înainte de sarcină are o influență negativă majoră asupra mortalității perinatale în naștere.

Sănătatea maternă N=42, 5%		
Îngrijirile în asistența antenatală N=28 3,3%	Îngrijirile în timpul nașterii N=0 0%	Îngrijiri oferite nou-născuților până la externare N=9 1,0%

Fig. 3. Matrița de intervenție

Conform studiilor efectuate în Marea Britanie, cea mai înaltă incidență a decesului perinatal se înregistrează la femei în vârstă de 25 de ani și la cele în vârstă de 40 de ani [6, 24, 30]. Studiul efectuat de noi a arătat de asemenea că cel mai înalt procent de decese perinatale la prematuri are loc la vârsta 25-29 ani și la vârsta de 40 de ani a gravidelor. În figura 4 se prezintă incidența decesului perinatal în loturile I și II, după vârsta gravidelor.

Analizând datele obținute, observăm că rezultatele referitoare la mortalitatea perinatală în nașterea prematură și în nașterea la termen sunt statistic nesemnificative ($p > 0,05$), deci nu este suficient pentru a trage concluzii, dacă vârsta femeii este factor de risc pentru decesul perinatal în NP, în comparație cu decesul perinatal în NT (tab. 4).

Este necesar să se analizeze corelația dintre situația ocupațională a mamelor și numărul de decese perinatale în NP și în NT. Conform studiilor efectuate în SUA și în România în anul 2012, incidența MP este foarte înaltă printre casnice și femei care se ocupă cu munca intelectuală [20, 26]. Rezultatele obținute în studiul nostru corelează cu datele prezentate în alte țări (fig.5). Aproape o jumătate din gravidele cu decese perinatale în NP

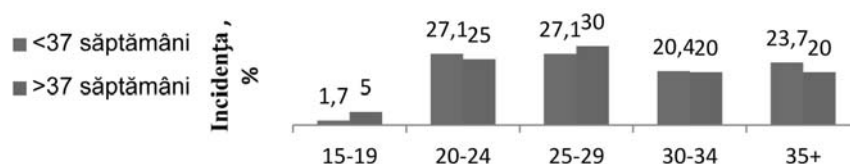


Figura 4. Incidența decesului perinatal înainte și după 37 săptămâni în funcție de vârsta gravidelor.

Tabelul 4

Vârsta gravidei ca factor de risc în decesul perinatal în NP vs decesul perinatal în NT

VÂRSTA (ani)	Nr. cazurilor de deces perinatal în NP N=59		Nr. cazurilor de deces perinatal în NT N=20		p	OR	95%, CI
	nr.	%	nr.	%			
15-19	1	1,7	1	5	>0,05	0,32	0,02-5,49
20-24	16	27,1	5	25		1,11	0,34-3,57
25-29	16	27,1	6	30		0,86	0,28-2,64
30-34	12	20,4	4	20		1,02	0,28-3,62
35+	14	23,7	4	20		1,24	0,35-4-34

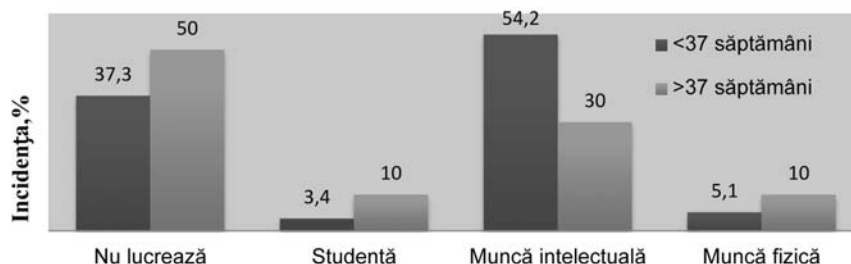


Fig. 5. Incidența decesului perinatal înainte și după 37 săptămâni de gestație în raport de ocupația gravidei

și în NT erau angajate în munca intelectuală – 48,1%. Mortalitatea a atins de asemenea valori înalte la femeile casnice care nu erau angajate în câmpul muncii. Deci, situația ocupațională poate determina, prin stresul matern, creșterea numărului de decese perinatale.

Totodată, în baza datelor din tabelul 4 putem concluziona că rezultatele obținute referitor la mortalitatea perinatală în naștere prematură și în naștere la

termen sunt statistic ne semnificative ($p > 0,05$), deci dispunem de date suficiente pentru a trage concluzii dacă ocupația gravidei este factor de risc pentru decesul perinatal în NP, în comparație cu decesul perinatal în NT. Totuși, munca intelectuală și munca fizică au o tendință de influență negativă asupra decesului perinatal în nașterea prematură.

Tabelul 4

Ocupația ca factor de risc în decesul perinatal în NP vs decesul perinatal în NT

Ocupația	Nr. cazurilor de deces perinatal în NP N=59		Nr. cazurilor de deces perinatal în NT N=20		p	OR	95%, CI
	nr.	%	nr.	%			
Nu lucrează	22	37,3	10	50	>0,05	0,59	0,21-1,65
Studentă	2	3,4	2	10		0,31	0,04-2,40
Muncă intelectuală	32	54,2	6	30		2,76	0,93-8,18
Muncă fizică	3	5,1	2	10		1,58	0,23-10,7

Conform datelor din literatura de specialitate, condițiile patologice ale gravidelor sunt cauza principală (după malformațiile congenitale) de deces perinatal. Cauzele principale de mortalitate perinatală sunt: hipertensiunea indusă de sarcină, anemia severă și boala inflamatorie pelviană a gravidei [7, 21, 27]. Studiul

nostru demonstrează de asemenea o incidență înaltă a MP printre ambele loturi de studiu la gravidele cu anemie și infecția tractului urinar. Boala hipertensivă, din contra, nu a fost asociată cu o rată procentuală înaltă de deces perinatal (fig. 6).

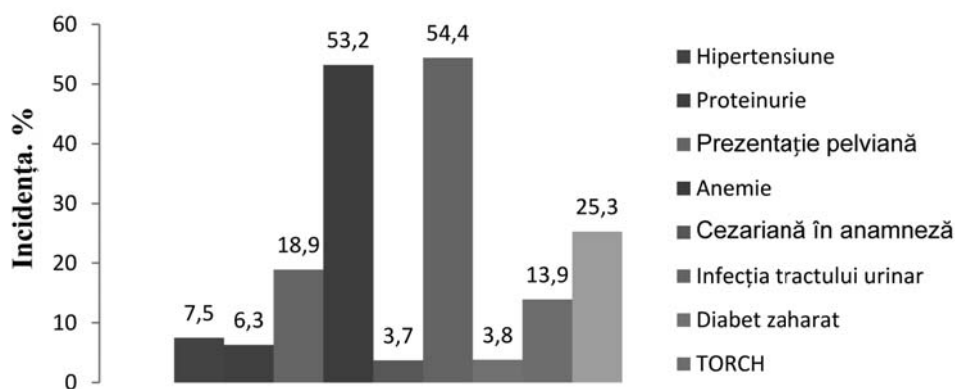


Fig. 6. Incidența decesului perinatal în funcție de stările patologice ale gravidelor

Metoda optimală în alegerea modului de naștere în nașterea prematură rămâne controversată. Mai multe studii efectuate în acest domeniu nu au arătat impactul semnificativ al alegerii modului de naștere

asupra mortalității perinatale în nașterea prematură [14]. Totodată, analiza acestui indicator a demonstrat o incidență mai înaltă a MP în NP în urma nașterii fiziologice (86,4% vs 13,6% în operația cezariană).

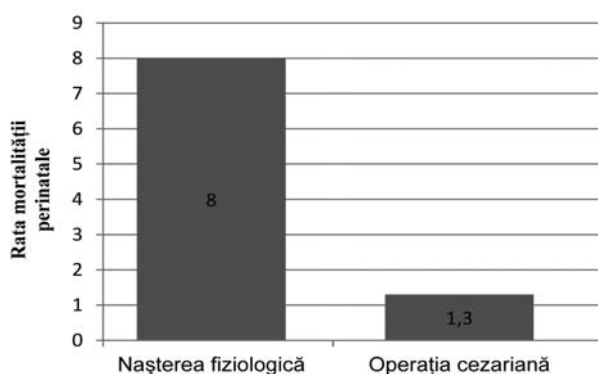


Fig. 7. Rata mortalității perinatale în nașterea fiziologică vs operația cezariană

Datele prezentului studiu au arătat că rata MP în NP și în NT pentru SCM nr.1 anul 2013 a constituit 6,7 fiind mai înaltă în nașterea fiziologică, în comparație cu operația cezariană (fig. 7).

Unele studii americane au demonstrat creșterea semnificativă a mortalității neonatale precoce în rândul prematurilor după operația cezariană. Cauza principală a acestui rezultat ar fi traumatizarea copilului în momentul efectuării OC [12]. Studiul nostru în acest domeniu a stabilit că operația cezariană nu este totuși factor de risc pentru decesul neonatal precoce în NP, în comparație cu același indicator în NT, tabelul 5.

Tabelul 5

Operația cezariană ca factor de risc în decesul neonatal precoce

Caracteristica	Nr. cazurilor de deces neonatal precoce în NP N=26		Nr. cazurilor de deces neonatal precoce în NT N=4		p	OR	95%, CI
	nr.	%	nr.	%			
Operația cezariană	5	81,5	2	50	>0,05	0,22	0,02-2,02
Nașterea fiziologică	22	18,5	2	50			

Concluzii:

În baza celor constatate în acest articol se structurează următoarele concluzii:

Mortalitatea perinatală în nașterea prematură este semnificativ mai înaltă, constituind 7,0%, comparativ cu mortalitatea perinatală în nașterea la termen – 2,3%.

Rezultatele obținute din matrița perinatală BABIES arată că cea mai înaltă rată a decesului perinatal – 5%, este influențată de starea gravidelor înainte de sarcină. Acest rezultat ar însemna că fondul patologic al femeii înainte de sarcină este problema de bază ce necesită atenție și soluționare din partea medicilor și a femeilor care planifică o sarcină reușită.

Cel mai înalt procent de decese perinatale în nașterea prematură are loc în perioada de vârstă de 20-29 ani a gravidelor, de asemenea, există o tendință de creștere a riscului de deces perinatal înainte de 37 săptămâni în comparație cu decesul perinatal după 37 săptămâni la femeile gravide cu vârsta peste 30 de ani.

Munca intelectuală și munca fizică au o tendință de influență negativă asupra decesului perinatal în nașterea prematură – OR 2,76 95% CI 0,93-8,18 și respectiv OR 1,58 95%CI- 0,23-10,7. Anemia și infecția tractului urinar sunt cele mai frecvente patologii asociate cu decesul perinatal.

Rata decesului perinatal pentru SCM nr.1 în perioada investigată a fost de 6,7 fiind mai înaltă în nașterea fiziologică, în comparație cu operația cezariană, însă mai multe studii efectuate în acest domeniu nu au arătat impactul semnificativ al alegerii modului de naștere asupra mortalității perinatale în nașterea prematură față de nașterea la termen.

Bibliografie

1. Adevar.ro (28 mai 2012). Moldova – în topul mortalității infantile. http://adevarul.ro/locale/iasi/moldova-topul-mortalitatii-infantile-vezi-judet-loc-1_50ae84097c42d5a6639d78c0/index.html.
2. Davey D.A. Hypertensive disorders of pregnancy // In: Whitefield C.R. ed. Dewhurst's Text-book of Obstetrics and Gynecology for Postgraduates., Oxford, 1995, p. 175-215.
3. George T Mandy, MD. Leonard E Weisman, MD. Melanie S Kim. Incidence and mortality of the premature infant // Literature review current through: Nov 2013, p. 35-43.
4. Goldenberg R.L., Culhane, J.F.Iams, J.D.Romero (2008). Epidemiology and causes of preterm birth // Lancet, p. 371:75-84.
5. Guerra B., Ghi T., Quarta S. et al. (2006). Pregnancy outcome after early detection of bacterial vaginosis // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., p. 128: 40-45.
6. Induction of labour at term in older mothers. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, February 2013.
7. Judith Goh, Michael Flynn. Examination Obstetrics and Gynaecology // p. 44:227-228.
8. Lawn, Joy, McCarthy, Brian J., Ross, Susan Rae. The healthy newborn // A reference manual for program managers, p. 120-135.
9. Lee HC, Subeh M, Gould JB (December 2010). Low Apgar score and mortality in extremely preterm neonates born in the United States. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20626363>.
10. Marlow N., Wolke D., Bracewell MA., et al. (2005). Neurologic and developmental disability at six

years of age after extremely preterm birth // EPI Cure Study Group, N. Engl. J. Med., p. 352: 9-19.

11. Menon R., et al. Racial disparities in preterm birth rates and short interpregnancy interval // An overview. Acta Obstet. Gynecol; in press (2011).

12. McManemy, J.Cooke, E.Amon, et al. (2007). Recurrence risk for preterm delivery // Am. J. Obstet. Gynecol., p. 196:5761-5766.

13. MIGnews.com (07.05.2010). ВОЗ: Каждый десятый ребенок рождается недоношенным. http://www.mignews.com/news/health/world/060110_231129_51899.html.

14. Milan SJ, Livio S. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22696314>.

15. RIA.ru (18.11.13). Врачи: курение и аборты увеличивают риск преждевременных родов. <http://ria.ru/society/20131118/977786476.html>.

16. Shechter Y, Levy A, Wiznitzer A, Zlotnik A, Sheiner E. J. Obstetric complications in grand and great grand multiparous women // *Matern Fetal Neonatal Med.*, 2010 Oct., № 23 (10), p. 1211-7.

17. Spătaru Iona. Obiectivul 5: Îmbunătățirea sănătății materne. www.un.md/mdg/human/copil_sanatos.doc.

18. Stephanie J. Ventura, Division of Vital Statistics, National Center for Health Statistics, CDC. Pregnancy and Childbirth Among Females Aged 10–19 Years // United States, 2007–2010 Supplements November 22, 2013, № 62(03), p. 71-76.

19. Știre medicală (29 iulie 2010). Prematuritatea este una dintre principalele cauze de mortalitate neonatală în România. <http://www.sfatulmedicului.ro>.

20. Бадалян Л.О., Вроно М.Ш., Журба Л.Т., Елизарова И.П. Родовая травма. http://www.ordodeus.ru/Ordo_Deus12_Rodovaya_travma.html.

21. Бодяжина В.И. «Акушерство». http://www.med312.ru/akusherstvo/osnovy_perinatologii/1313.html.

22. World Health Organization. [Apps.who.int/iris/bitstream/E84925R](http://apps.who.int/iris/bitstream/E84925R).

23. Грязнова И.М., Второва В.Г. Сахарный диабет и беременность. Медицина, 1985г. <http://www.rod.ru/chronic-diseases/diabet.html>.

24. Захаров В.Д. Ретинопатия недоношенных // Витреоретинальная хирургия, 2003, с. 102 – 109.

25. Красовская Т.В., Кучеров Ю.И., Летинская О.Ю. Некротический энтероколит у новорожденных. Кафедра хирургических болезней детского возраста педиатрического факультета РГМУ. <http://www.dezprima.ru/t1/8.htm>.

26. Кулаков В., Сидельникова В., Чернуха Е. Акушерская тактика ведения преждевременных родов. <http://www.kid.ru/12003/index2.php3>.

27. Морозова Е.Н. Письмо врача. <http://www.abort.ru/node/270>.

28. Петров-Маслаков М.А. Частота и причины перинатальной смертности. www.blackpantera.ru/mladency/diseases_of_the_newborn/28636/.

29. Пузырева Н.И. Синдром дыхательных расстройств и сурфактант легких у новорожденных. http://www.medchitalka.ru/sindrom_dyhatelnyh_rasstroystv_i_surfaktant_legkih_u_novorozhdennyh/suschnost_sindroma_dyhatelnyh_rasstroystv_i_pnevmonopatiy_novorozhdennyh/17136.html.

30. Шабалов Н.П., Самсыгина Г.А., Дегтярева М.В. Сепсис // Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володиной — М.: Геотар-Медиа, 2007, с. 673-87.